

284.

# **DIAGNOSTYKA OBRAZOWA BLIZNY PROMIENISTEJ (RADIAL SCAR). KONTROWERSJE W NOMENKLATURZE**

**Schreiber T., Paprzycki P., Wojtyś P.,  
Godlewski D., Bręborowicz J.**

Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii  
Nowotworów

W dobie stosowania w szerokim zakresie systemów chirurgii małoinwazyjnej zmian niepalpacyjnych w piersi, upowszechniło się nieuprawnione stosowanie terminu blizny promienistej. Dotyczy to przypadków zmian niemych klinicznie, przyjmujących w badaniach obrazowych piersi, zwłaszcza w mammografii, charakter struktury promienistej. Rozpoznanie blizny promienistej może być postawione wyłącznie na podstawie badania histopatologicznego. Struktura promienista natomiast jest pojęciem radiologicznym, obejmującym zmiany złośliwe i cały szereg zmian łagodnych, wśród których blizna promienista jest stosunkowo rzadkim rozpoznaniem. Znaczna część blizn promienistych w badaniach obrazowych, manifestuje się zdecydowanie odmiennie od upowszechnionego schematu wg Tabara. Przeprowadzono retrospektywną analizę wyników badań obrazowych 34 przypadków zmian o charakterze blizn promienistych (radial scar-RS) z materiału własnego zgromadzonego w latach 1997-2003. W analizowanym materiale w 19/34 (58,9%) przypadkach stwierdzono obraz radiologiczny blizny promienistej zbieżny z propozycjami Tabara, w 15/34 (41,1%) przypadkach obraz nie spełniał kryteriów wspomnianego schematu: 10/34 (29,4%) odpowiadał zmianie złośliwej, 5/34 (14,7%) zmianie łagodnej, 2/34 (5,9%) zmiana pozostała nierozpoznana w obrazie radiologicznym, 2/34 (5,9%) stwierdzono tylko skupisko mikrozwapień. Pozornie mało istotna różnica w nomenklaturze może prowadzić do nieporozumień, radiolog opisując strukturę promienistą bez jej skomentowania, rozpoznaje wstępnie zmianę potencjalnie złośliwą z kolei sugerując bliznę promienistą, zmianę o charakterze łagodnym. Problem

dodatkowo komplikuje fakt opisywanego w literaturze współistnienia blizny promienistej ze zmianami złośliwymi, co stwierdziliśmy również w analizowanym materiale w 3/34 (8,8%) przypadkach. W przypadku zmian niepalpacyjnych w piersi sugerujemy konsekwentne i precyzyjne stosowanie nomenklatury w stawianiu rozpoznań wstępnych nie opartych o wynik badania.

285.

# **LECZENIE BIFOSFONIANAMI ZAAWANSOWANEGO ORAZ NA- WROTOWEGO RAKA SUTKA W MATERIALE WCO**

**Kubaszewska M., Jezierska D.,  
Skowronek J., Adamska K.,  
Kubaszewska M., Mróz - Bąk G.,  
Nowakowska E., O'Shea - Otwiaska A.**

I Oddział Radioterapii Ogólnej,  
Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

**Cel pracy:** W pracy przedstawiono wyniki leczenia bifosfonianami chorych z nieoperacyjnym oraz rakiem sutka z rozsiewem do kości.

**Materiał i metody:** 49 chorych na nowotwór sutka leczonych było bifosfonianami w okresie od 01.01.1995 do 31.12.2000 roku w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Wiek chorych sięgał od 34 do 79 lat (średnio 55 lat). Leczenie bifosfonianami rozpoczęło u 33 chorych leczonych pierwotnie z założeniem radykalnym oraz u 16 chorych leczonych paliatywnie, w tym 7 chorych zgłosiło się do leczenia w stadium przerzutów do kości. Średni okres od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia bifosfonianami wyniósł 28.1 miesięcy, w grupie chorych leczonych radykalnie - 32 miesiące, paliatywnie - 13.9 miesięcy. Wskazania do leczenia były następujące: rozsiew uogólniony do kości (n=9 chorych), przerzuty do kręgosłupa (n=28, 57.1%), do miednicy (n=4), barku (n=3), kości udowej (n=3) oraz kości ramiennej, mostka.

**Wyniki:** Średni czas przeżycia od stwierdzenia rozsiewu choroby do kości i rozpoczęcia leczenia bifosfonianami wyniósł 21.5 miesięcy, w grupie chorych leczonych radykalnie - 23.4 miesięcy, paliatywnie -